

**Meldeformular digitale Infrastrukturmerkmale in der Hausarztpraxis**

**Bitte beachten Sie:** Dies gilt nur zusätzlich zu der Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß §73 b Abs. 4 Satz 1



**HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG**

Per Fax an die Dienstleistungsgesellschaft des Hausärzteverbandes derzeit: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG (nachfolgend: HÄVG)

**01 80 5 - 00 24 25 550**

(EUR 0,14/Minute aus dem deutschen Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)

**Stammdaten Arzt**

HÄVG-ID

LANR

HBSNR

Titel

Nachname

Vorname

Einzelpraxis     Praxisgemeinschaft     Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)     MVZ

**Selbstauskunft zum Zuschlag für das Angebot einer Videosprechstunde (GWQ Hausarzt+ und AOK HE)**

Hiermit bestätige ich das Vorliegen eines von der KBV zertifizierten Videodienstanbieters gem. § 5 Anlage 31b BMV-Ä.

**Nachweis Telemedizinisches Versorgungsmodul (GWQ Hausarzt+, VAG HE, AOK HE und DAK HE)/ Nachweis für den Besuch durch VERAH bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung (TK)**

Ich bin umfassend über die Rechte und Pflichten im Rahmen der Abrechnung der Leistungen zum Telemedizinischen Versorgungsmodul/ Besuch durch VERAH bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung des jeweiligen HZV-Vertrages informiert und akzeptiere ausdrücklich sämtliche Vertragsbedingungen, auch soweit sie hier nicht gesondert aufgeführt sind. Hiermit erkläre ich die Erfüllung der Voraussetzungen zur Abrechnung des Telemedizinischen Versorgungsmoduls/ Besuch durch VERAH bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung.

Mir ist bekannt, dass

- ich verpflichtet bin, ab dem Zeitpunkt der Abgabe dieses Nachweises eine im HZV-Vertrag genannte und zugelassene Telemedizinische Ausstattung zu verwenden.
- ich verpflichtet bin, unverzüglich mitzuteilen, wenn ich die für das Telemedizinische Versorgungsmodul/Besuch durch VERAH bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung erforderlichen Voraussetzungen nicht mehr erfülle, insbesondere, wenn ich die Telemedizinische Ausstattung nicht mehr verwende.
- soweit keine abweichenden Regelungen zum Telemedizinischen Versorgungsmodul/Besuch durch VERAH bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung getroffen wurden, die vertraglichen Regelungen, insbesondere zur Abrechnung des HZV-Vertrages nebst seinen Anlagen auch für das Telemedizinische Versorgungsmodul/Besuch durch VERAH bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung gelten.

Ich bestätige hiermit, dass eine bei mir angestellte VERAH hinsichtlich der Erbringung telemedizinischer Leistungen geschult wurde und ich somit die Abrechnungsvoraussetzung des Telemedizinisches Versorgungsmodul/Besuch durch VERAH bei Einsatz telemedizinischer Ausstattung im jeweiligen HZV-Vertrag erfülle.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, Änderungen, welche meine VERAH betreffen, unverzüglich mitzuteilen.

Ich nutze folgende Telemedizinische Ausstattung:  TeleRucksack der Firma vitaphone GmbH

\_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die oben genannten Bedingungen/ Hinweise zur Teilnahme am Telemedizinischen Versorgungsmodul/ zur Nutzung der telemedizinischen Ausstattung bei einem VERAH Besuch

**Meldung VERAH® (sollten Sie mehr als eine VERAH beschäftigen, melden Sie die weiteren VERAHs bitte über das VERAH-Meldeformular)**

**Angaben zur VERAH®**

Nachname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abschluss der VERAH® -Fortbildung am (TT:MM:JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geb.-Datum (TT:MM:JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die VERAH® arbeitet ab/ seit dem (TT:MM:JJJJ) in der o.g. Praxis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HBSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Art der Meldung:**  Anmeldung  Änderung der Stundenanzahl  Abmeldung  Mutterschutz/ Elternzeit\*

Gültig ab/ zum (TT.MM.JJJJ):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1,00 Stelle (ab 28,1h pro Woche)  0,75 Stelle (19,01 – 28h pro Woche)  0,50 Stelle (bis 19h pro Woche)

Sonderregelung bei Praxisgemeinschaften

Bei einer Praxisgemeinschaft mit einer gemeinsamen VERAH®, müssen zwei Ärzte der Praxisgemeinschaft jeweils ein Formular ausfüllen.

Bitte beachten: Bei Rückkehr der VERAH® aus dem Mutterschutz/ der Elternzeit bitte dieses Meldeformular erneut ausfüllen

**Selbstauskunft zum Innovationszuschlag im TK-HZV-Vertrag**

Der Innovationszuschlag wird vergütet, wenn **drei** der unten aufgeführten Infrastrukturausstattungen vorliegen.

Hiermit bestätige ich das Vorliegen folgender Infrastrukturausstattung und die Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen gem. Anhang 12 zu Anlage 3:

**Achtung:** Eine Datumsangabe (Quartal und Jahr) ist **zwingend erforderlich** zur Gewährung des Zuschlages. Ungenaue Angaben wie „geplant“ oder „beantragt“ können nicht verarbeitet werden.

- |                          |   |                      |
|--------------------------|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | TI-Dienst - VSDM (Versichertenstammdatenmanagement) (§ 291 Abs. 2b Satz 3 SGB V).....                   | liegt vor seit _____ |
| <input type="checkbox"/> | TI-Dienst - elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) und Qualifizierte Elektronische Signatur (QES)..... | liegt vor seit _____ |
| <input type="checkbox"/> | Bereitstellung online buchbarer Termine.....  | liegt vor seit _____ |
| <input type="checkbox"/> | Nutzung HzV-Online-Key und Arztportal.....  | liegt vor seit _____ |
| <input type="checkbox"/> | Angebot einer Videosprechstunde.....  | liegt vor seit _____ |
| <input type="checkbox"/> | TI-Dienst - Versand elektronischer Arztbriefe (z.B. KV-Connect) .....                                   | liegt vor seit _____ |

**Alternative:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Unterschrift Vertragsarzt/ ärztlicher Leiter MVZ**  
(Bei einer BAG ist eine Unterschrift ausreichend)

--

**Datum (TT.MM.JJJJ)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Stempel der Arztpraxis/ MVZ**

--